

# ㊫ 妊 娠 届 出 書

☐ マイナンバー確認  
☐ 本人確認  
 ( ☐ 本人 ☐ 代理人 )

母子健康手帳交付のため、マイナンバー確認書類と本人確認できるもの、  
 出産応援金給付のため、妊婦本人の口座番号がわかるものをお持ちください。

|                                                              |             |                                                                                       |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
|--------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|----------------|--|----------------|--|
| ※母子健康手帳番号：第                                                  |             | 号                                                                                     |  | ※妊娠届出年月日：                                                                                                                            |  | 年 |  | 月              |  | 日（妊娠 週）        |  |
| 妊 婦                                                          | ふりがな<br>氏 名 | マイナンバー                                                                                |  | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              | 職 業         | 昭和・平成 年 月 日生（ 歳）<br>今働いている方（ 常勤 ・パート ・その他 ）<br>以前働いたことがある（ 常勤 ・パート ・その他 ）<br>働いたことはない |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              | 住 所         | 電 話：（ ）<br>妊婦携帯：（ ）<br>（マンション名・号数までご記入ください） 家族携帯：（ ） 続柄：（ ）                           |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 夫<br>（パートナー）                                                 | ふりがな<br>氏 名 | 昭和・平成 年 月 日生（ 歳）                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  | 職 業<br>（日勤・交替） |  |
| 世帯主                                                          | ふりがな<br>氏 名 | 妊婦との続柄                                                                                |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  | 職 業            |  |
| 里帰り先                                                         | 住 所         | 電話（ ） —                                                                               |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              | 世帯主名        | 妊婦との続柄                                                                                |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 出産について                                                       |             | （出産予定日）<br>年 月 日                                                                      |  | 医療機関名：                                                                                                                               |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              |             |                                                                                       |  | 分娩予定機関： 同上 ・ 別 ・ 未定<br>（機関名 ）                                                                                                        |  |   |  |                |  |                |  |
| 今までにかかった病気                                                   |             | なし・あり【 糖尿病・高血圧・腎臓病・心疾患・貧血・その他（ ） 】                                                    |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 妊娠回数                                                         |             | （流産・死産・中絶含む）今回を含め 回                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 現在の妊娠経過                                                      |             | 特に問題なし 貧血 切迫流産 切迫早産 悪阻 多胎 その他（ ）                                                      |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 過去の妊娠経過                                                      |             | 特に問題なし 妊娠高血圧症候群 貧血 切迫流産 切迫早産<br>流産（ ）回、 早産（ ）回、 死産（ ）回、 中絶（ ）回                        |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 今までに不妊治療を受けたことはありますか                                         |             | あり【今回・以前→タイミング・排卵誘発・人工授精・体外受精・その他（ ）】<br>なし                                           |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 今までに<br>生まれた子ども                                              |             | 健康（ ）人、 未熟児（ ）人、 死亡（ ）人、その他（ ）人                                                       |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              |             | 第1子：H・R . . 生、（ ）週（ ）g、 男・女                                                           |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              |             | 第2子：H・R . . 生、（ ）週（ ）g、 男・女                                                           |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
|                                                              |             | 第3子：H・R . . 生、（ ）週（ ）g、 男・女                                                           |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |
| 妊娠後の健康診断                                                     |             | （梅毒検査）うけない・うけた                                                                        |  | （HB 抗原検査）うけない・うけた                                                                                                                    |  |   |  | （結核検査）うけない・うけた |  |                |  |
| （あて先）たつの市長 上記のとおり届け出ます。<br>年 月 日<br>届出者 住 所<br>氏 名 妊婦との続柄（ ） |             |                                                                                       |  |                                                                                                                                      |  |   |  |                |  |                |  |

たつの市では、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中からの支援を行っています。  
その際の参考とするため、以下の質問の当てはまる項目に○または記入をお願いします。

- ご記入いただいた内容については必要時、医療機関やこども家庭センターすくすくと情報共有することがあります。
- 保健師・管理栄養士・助産師による健康相談を実施しています。お気軽にご相談ください。

① 妊娠を知ったときのお気持ちはどうでしたか

( うれしかった・驚いたがうれしかった・戸惑い・特に何も思わなかった・その他〔 〕)

② タバコを吸いますか ( いいえ・はい → 本/日くらい→禁煙しようと思いませんか はい・いいえ)

③ 家族の誰かがタバコを吸いますか ( いいえ・はい → 誰が )

④ アルコールを飲みますか ( いいえ・はい →時々飲む・ほぼ毎日飲む → 本・合/日)

⑤ 朝食を食べていますか ( 食べている・抜くことがある →つわりで食べられない・食べる習慣がない)

朝食はどのような内容ですか

主食 (ご飯・パン・麺) 主菜 (魚・肉・卵・納豆・ハム・ウインナー) 副菜 (野菜・芋・きのこ・海藻)  
その他〔 〕

⑥ 1日3食、料理は誰が作りますか ( 自分 ・ 夫 ・ 義母、実母 ・ その他〔 〕)

⑦ 妊娠が分かってから気をつけている食品がありますか ( ない ・ ある〔種類 〕)

⑧ 体重コントロールが気になりますか ( いいえ ・ はい )

⑨ 便秘が気になりますか ( いいえ ・ はい )

⑩ 精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談や受診をしたことがありますか

( ない・ある → いつ頃： 診断名： )

⑪ 妊娠・出産・育児の相談相手

( いない・いる → 夫(パートナー)・実母・実父・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他〔 〕)

⑫ 出産後、育児の協力者

( いない・いる → 夫(パートナー)・実母・実父・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他〔 〕)

⑬ あなた自身は、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか

( ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない )

⑭ 子どもの頃、あなたの父母はどのように接してくれましたか

( 優しくった ・ 甘えさせてくれた ・ 怖かった ・ 厳しかった ・ あまり遊んでもらった記憶がない  
父母以外の人に育てられていた ・ その他〔 〕)

⑮ 学生の頃のあなたの生活はどうでしたか

( 楽しかった ・ 普通 ・ 何とも言えない ・ 楽しくなかった ・ つらかった ・ 思い出したくない)

⑯ 現在お子さんのいる方へ 兄/姉についての思いはどうですか

( かわいい ・ 時々イライラする ・ かわいくない ・ 発育や発達のことで心配なことがある  
その他〔 〕)

⑰ 夫（パートナー）のあなたへの接し方はどうですか

( 優しい ・ 普段からよく会話している ・ 育児や家事に協力的 ・ 育児や家事に非協力的  
あまり会話がない ・ 怖い、厳しい ・ 手を挙げられたことが一度でもある ・ その他〔 〕)

⑱ あなたの家族に現在治療や介護が必要な病気や障害がありますか

( ない・ある → 夫（パートナー） ・ 同居者 ・ 自身の両親 ・ その他〔 〕)

⑲ 不安や悩みはありませんか ( なし ・ あり )

身体面のこと 精神面のこと 妊娠経過について おなかの赤ちゃんのこと 出産について  
出産後の生活について 上の子の育児について 夫（パートナー）との関係 妊娠中と産後の食事  
仕事について 経済的なこと その他何でもご自由にお書きください

[ ]

※市記入欄

※

面接者

( / ) 0・1・2・3 担当者